

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif TravelN (AVB/TravelN), Fassung Juli 2024

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Bei einem im Geltungsbereich eintretenden Versicherungsfall ersetzt er dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Folgen eines Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Soweit Leistungen dafür vorgesehen sind und die Voraussetzungen des Abs. 1 vorliegen, gelten als Versicherungsfälle auch
 - a) der im Verlauf der Heilbehandlung medizinisch notwendige und ärztlich verordnete Krankenrücktransport,
 - b) die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft bei einem akuten regelwidrigen Schwangerschaftsverlauf und die regelwidrig verlaufende Entbindung,
 - c) der Tod.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, dem Antragsvordruck, schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.
- (4) Der Versicherungsschutz besteht für alle vorübergehenden Auslandsreisen, die eine versicherte Person innerhalb der Vertragsdauer unternimmt. Die Dauer des einzelnen Auslandsaufenthalts darf dabei einen Zeitraum von 8 Wochen nicht übersteigen. Bei einem längeren Aufenthalt besteht Leistungspflicht nur für die ersten 8 Wochen des Auslandsaufenthalts. Bei Reisen, die ausschließlich oder überwiegend beruflichen Zwecken dienen, besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn die Auslandsreise einen Zeitraum von 10 Tagen nicht übersteigt. Endet das Versicherungsjahr (s. § 3 Nr. 2) während des Auslandsaufenthalts, besteht der Versicherungsvertrag nur fort, wenn der Vertrag nicht gekündigt ist.
- (5) Der Versicherungsschutz gilt im Ausland. Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person nicht ihren ständigen Wohnsitz hat.

§ 2 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags, nicht vor der Erteilung der vorgesehenen Einzugsermächtigung bzw. nicht vor Zahlung des Beitrags und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthalts.
- (2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- (3) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem vereinbarten Zeitpunkt, spätestens mit der Beendigung des Auslandsaufenthalts bzw. des Versicherungsverhältnisses.
Der Versicherungsschutz endet darüber hinaus mit dem Ablauf der achten Woche eines Auslandsaufenthalts (s. § 1 Nr. 5).
- (4) Ist die Rückreise bei Ende des Versicherungsschutzes gemäß § 2 Nr. 3 aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle längstens um 90 Tage.

§ 3 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrags

- (1) Aufnahmefähig sind Personen, die bei Abschluss des Versicherungsvertrags das 75. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und deren ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland liegt. Darüber hinaus ist Voraussetzung für den Abschluss der Einzelversicherung nach Tarif TravelN, dass der Antragsteller/Versicherungsnehmer sowie weitere zu versichernde Personen Mitglieder der TK oder bei der TK familienversichert sind.
- (2) Der Versicherungsvertrag wird vor Antritt der Reise für die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Bei Versicherungsverträgen, die erst nach Beginn einer Auslandsreise abgeschlossen werden, besteht Versicherungsschutz erst ab dem Beginn eines neuen Auslandsaufenthalts. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer bzw. durch den Versicherer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten schriftlich gekündigt wird. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

- (3) Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet nach einem Jahr.
- (4) Zustandekommen des Versicherungsvertrages:
 - a) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular beantragt und die vorgesehene Einzugsermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ausgefüllten Vordrucks beim Versicherer, bereits mit dem Tage der Absendung (Datum des Poststempels) als zustande gekommen. Der Vertrag ist erst endgültig zustande gekommen, wenn innerhalb der vorgesehenen Frist kein Widerrufsrecht ausgeübt wurde. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Antragsvordrucks.
 - b) Wird die Versicherung auf elektronischem Weg mit dem bereitgestellten Online-Formular beantragt und eine Einzugsermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ausgefüllten Online-Formulars beim Versicherer, bereits mit dem Tage der Absendung (Datum des E-Mail-Versands) als zustande gekommen. Der Vertrag ist erst endgültig zustande gekommen, wenn innerhalb der vorgesehenen Frist kein Widerrufsrecht ausgeübt wurde. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller auf elektronischem Weg übermittelte Versicherungsbestätigung.
- (5) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit der Versicherungsvertrag.
- (6) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Bundesrepublik Deutschland, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit der Versicherungsvertrag.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
- (2) Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den in Nr. 1 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel zudem aus einer Apotheke bezogen werden.
- (3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern im Aufenthaltsland, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (4) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (5) Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Aufwendungen für
 - a) ambulante ärztliche Heilbehandlung, einschließlich Röntgendiagnostik.
 - b) Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nähr- und Stärkungpräparate, kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden.
 - c) ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalls notwendig werden und der Behandlung der Unfallfolgen dienen.
 - d) den medizinisch notwendigen Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt.
 - e) stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten sowie Verpflegung und Unterkunft im Krankenhaus.
 - f) schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz (Prothesen) in einfacher Ausfertigung, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie.

- g) die Mehrkosten einer aus medizinischen Gründen notwendigen und ärztlich verordneten Rückführung der versicherten Person an deren ständigen Wohnsitz oder – sofern wegen der Art der Erkrankung oder Verletzung erforderlich – an einen anderen Ort innerhalb der Bundesrepublik Deutschland, die durch die vom Arzt verordnete Art des Rücktransports entstehen.

Medizinisch notwendig ist eine Rückführung dann, wenn am Aufenthaltsort im Ausland in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Versorgung nicht möglich ist und deshalb eine weitere Gesundheitsschädigung befürchtet werden muss.

Die Mehrkosten für eine mitversicherte Begleitperson sind ebenfalls erstattungsfähig, soweit die Begleitung medizinisch notwendig, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

- h) die Bestattungskosten im Ausland oder Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person bis zu 10.000 Euro.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war.
- b) für Behandlungen, mit denen bei planmäßiger Durchführung der Reise zu rechnen war, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.
- c) für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind.
- d) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen.
- e) für Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie.
- f) für eine regelgerecht verlaufende Schwangerschaft, insbesondere für Maßnahmen der Schwangerschaftsvorsorge, und die Entbindung. Bei einem akuten regelwidrigen Schwangerschaftsverlauf leistet der Versicherer jedoch in vertraglichem Umfang für ambulante und stationäre ärztliche Maßnahmen.
- Entsprechendes gilt für regelwidrig verlaufende Entbindungen.
- g) für Maßnahmen zur Schwangerschaftsunterbrechung, es sei denn, diese sind unvorhergesehen aus medizinischen Gründen geboten.
- h) für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z.B. künstliche Befruchtung).
- i) für Zahnersatz einschl. Kronen, Inlays sowie Kieferorthopädie.
- j) für Hilfsmittel, mit Ausnahme der in § 4 Nr. 5 c) genannten.
- k) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen.
- l) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einem dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird.
- m) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden erstattet.
- n) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die erforderliche Vergütung für die Verhältnisse des Reiselandes nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Besteht Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so ist der Versicherer für die bei Versicherungsbeginn bestehenden und bekannten chronischen Krankheiten nebst Folgen sowie für solche Krankheiten und Unfälle nebst Folgen, die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt wurden, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz dieser Leistungen verbleiben.

Hierdurch werden die Leistungsausschlüsse in Nr. 1 a) und 1 b) nicht berührt.

- (4) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (5) Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Die entstandenen Aufwendungen sind durch ordnungsgemäße Originalrechnungen oder durch Rechnungsduplikate mit Erstattungsvermerk eines anderen Kostenträgers nachzuweisen. Die Rechnungsbelege müssen in jedem Fall den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person tragen, ferner die Bezeichnung der Krankheiten, die Angabe der einzelnen ärztlichen Leistungen sowie die Behandlungsdaten. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk lesbar hervorgehen. Rechnungen über Heilmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Behandler einzureichen.
Leistungen oder deren Ablehnung durch die in § 5 Nr. 3 und Nr. 4 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.
- (3) Zum Nachweis eines notwendigen Krankenhausaufenthalts ist eine Bescheinigung des Krankenhausarztes über Beginn und Ende der stationären Behandlung mit Bezeichnung der Krankheit einzureichen.
- (4) Zum Nachweis eines medizinisch notwendigen Rücktransports ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einzureichen.
- (5) Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.
- (6) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten. Sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.
- (7) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß der Veröffentlichung der Europäischen Zentralbank, nach jeweils neuestem Stand. Wurden die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt zu einem ungünstigeren Kurs erworben und wird dies nachgewiesen, so gilt dieser Kurs.
- (8) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein ausländisches Konto können von den Leistungen abgezogen werden.
- (9) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.
- (10) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 11 Abs. 1 bis 3 VVG (siehe Anhang).

§ 7 Beitragszahlung

Der Beitrag gilt für ein Versicherungsjahr und ist bei Abschluss des Versicherungsvertrags, der jeweilige Folgebeitrag zu Beginn eines jeden Verlängerungsjahres zu zahlen.

Der Beitrag beträgt für jede versicherte Person bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres 14,90 €. Er erhöht sich für jede versicherte Person nach Vollendung des 70. Lebensjahres mit Wirkung für die folgenden Versicherungsjahre um 21,00 €.

§ 8 Obliegenheiten

- (1) Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind dem Versicherer auf Verlangen im Leistungsfall nachzuweisen.

- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers oder ihres Umfangs erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherten Personen sind auf Verlangen des Versicherers verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen. Hierzu ist der Versicherer – auch zugleich für die mitversicherten Personen, soweit und solange sie von ihm gesetzlich vertreten werden und die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können – zu ermächtigen, jederzeit Auskünfte über frühere, bestehende und bis zum Ende des Vertrags eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen sowie über beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen einzuholen. Dazu darf der Versicherer Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenanstalten aller Art, Versicherungsträger, Gesundheits- und Versorgungsämter befragen. Diese sind von ihrer Schweigepflicht zu befreien und zu ermächtigen, dem Versicherer alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- (5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

§ 9 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit der in § 6 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 8 aufgeführten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 10 Ansprüche gegenüber Dritten

Hat der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person Schadenersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 67 VVG (siehe Anhang) die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können. Soweit der Versicherte von schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz der ihm entstandenen Aufwendungen erhalten hat, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen.

§ 11 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 12 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.

§ 13 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Beiträge

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Beiträge können vom Versicherer zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse geändert werden. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 6 Obliegenheitsverletzung

- (3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, daß eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluß weder auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

§ 11 Fälligkeit der Geldleistungen des Versicherers

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig.
- (2) Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.
- (3) Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

§ 67 Gesetzlicher Forderungsübergang

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.
- (2) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.